

第一に本調査への協力者率の低さがある（表8）。すなわち、本調査では未受診者群全体の意識等の把握に至っていないことが、この様な結果となった原因の一つであると推測される。

一方、仮に本調査結果が真実の姿を示しているとするれば、意識は高いか、こと自分か「こころの健康問題」スクリーニングの受診の場面になると受診しない、ということとなる。これには、スクリーニング後の流れ等の説明不足、プライハシー保護に対する不安、その他か関与している可能性がある。

本スクリーニングの受診者拡大のためには、さらに未受診の理由・原因等を把握・分析していく必要がある。

V 文献

- 1) 大野裕, 大山博史ほか うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究報告書 平成11年～平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業） 27-41及ひ155-184, 2001
- 2) 中村健二, 宇田英典ほか 鹿児島県における自殺防止対策事業～基本健康診査事業へうつスクリーニングを導入することに関する調査研究～ 平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）自殺と防止対策の実態に関する研究協力報告書 429-439, 2003

平成 15 年度厚生科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
自殺と防止対策の実態に関する研究
研究協力報告書

うつ病スクリーニング介入の有用性に関する文献的検討

研究協力者 松岡 豊 国立精神・神経センター精神保健研究所 室長
研究協力者 中島聡美 国立精神・神経センター精神保健研究所 室長
分担研究者 金 吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所 部長

研究要旨 本研究では、自殺の重要な危険因子であるうつ病をスクリーニングすることの有用性を検討し、現時点におけるうつ病スクリーニング介入の推奨レベルを明らかにすることを目的として、プライマリケアの患者を対象にしたうつ病のスクリーニング介入の有用性を検討した既存の論文を系統的にレビューした。その結果、無作為化比較試験にてその有効性を検証した論文は 17 件存在した。うつ病スクリーニングを組み込んだ診療を行うことか、通常診療に比してうつ病事例を見出し、臨床的にも有用であると言えるかどうかはまだ結論できる段階ではなく、現時点では議論の余地が多いことか示された。また実証レベルは低く、少数の知見からの推測ではあるか、診療システムの質を改善する組織化された様々なサービスを融合・一体化し、そして専門家レベルの医師によって管理される継続的なマネージメントをセットにしたスクリーニング介入を行えば、実際の臨床で有用性があることか推測された。

A 研究目的

わが国の自殺死亡は近年急増し、特に働き盛りの男性や高齢者における際立った増加は大きな社会問題となっている(1)。自殺は、自殺者本人に限らず、家族、社会にまで大きな損失をもたらすものであり、その予防は緊急課題である。精神障害は自殺の重要な危険因子であり(2, 3)、自殺に最も関連が強い精神障害はうつ病である(4, 5)。わが国の 30~50 歳代を対象にした職域コホート研究においても抑うつと自殺の強い関連が報告されている(6)。

うつ病は、2020 年には全世界における障害の原因で二番目に重要な疾患になることか想定されている(7)。欧州の一般住民約 7 8 万人を対象にした調査によると、うつ病など心の問題を抱え治療を求める人々の約 57%がプライマリケア医を受診しており、その 69%が適切な抗うつ治療を受けていない(8)。また、米国の報告によると、心の問題を抱えながら、精神保健専門家を受診する人々は 20%以下に過ぎない(9)。うつ病はプライマリケアの場においても診断可能であるか、実際にはうつ病患者の 30-50%が見逃されている(10)。そして、自殺者の半数以上が、自殺の 1 ヶ月以内に精神科以外の医療機関を受診するも、適切な治療が施されていないと

する報告がある(11)。従ってプライマリケアの場てうつ病を適切に拾い上げ、精神保健専門家に紹介し、診断治療につなげることは、自殺予防対策を立てる上で非常に重要である。

本研究では、プライマリケアの患者を対象にしたうつ病スクリーニング介入の有用性を検討した既存の論文を明確な方法を用いて系統的にレビューすることにより、自殺の重要な危険因子であるうつ病をスクリーニングすることの有用性を検討し、現時点におけるうつ病スクリーニング介入の推奨レベルを明らかにすることを目的とした。

B 研究方法

1 文献の検索方法と選択基準

プライマリケアの患者を対象にしたうつ病のスクリーニング介入に関する文献を、次の基準に従い検索した。

米国国立医学図書館が提供する医学文献データベース MEDLINE を用いて、Medical Subject Headings (MeSH) 用語の *depression or depressive disorder* にスクリーニングとプライマリケアに関連する MeSH 用語を加えて電子検索を行った。掛け合わせた検索後は *mass screening, primary health care or ambulatory*

care or family practice とした。また補足として Cochrane database を用いて、同様に電子検索を行った。なお、論文の種類は *Randomized Controlled Trial* に限定した。これらにハンドサーチにより入手し得た論文も含めた。

次に以下の基準に従い、目的とする論文選択を行った。〈適格基準〉①1966年から2003年10月までに出版された英語論文あるいは日本語論文（検索は、2003年10月20日に実施）、②対象にプライマリケア受診患者と明記してあるもの、③うつ病のスクリーニング方法に関して記述があるもの、④無作為化比較試験と明記してあるもの。〈除外基準〉①対象が精神科・心療内科受診患者に限定されているもの、あるいは精神科・心療内科とプライマリケア受診者を混同しているもの、②対象が18歳以下であるもの、③プライマリケア受診患者ではあるか、その他の特殊な状態にあること（ホロコースト生存者、ヴェトナム戦争帰還兵、幼児虐待経験者など）が明記されているもの、④評価項目として抑うつ症状が含まれていないもの。

2 論文の内的妥当性に関する検討

内的妥当性の検討には、Jadad らの方法 (Jadad scale) を用いた(12)。Jadad らの方法 (図1) とは、無作為割付記載の有無、二重盲検化記載の有無、脱落者に関する記載の有無、無作為割付の隠蔽化記載の有無、二重盲検化の保持記載の有無により、臨床試験の妥当性を検討しようとするものである。前述した5つの要因のうち最初の3つの基準を満たしていれば1点ずつ加算し、残る2つの基準を満たしていれば、1点ずつ加算しそうでなければ1点ずつ減点することにより、その臨床試験の内的妥当性を0~5点の範囲内にスコア化する。そしてスコアが高い研究は内的妥当性が高いと判断される。古川は、無作為化比較試験においては、Jadad scale において3点以上を有することが望ましいと推奨している(13)。なお、論文内容を検討し、各項目の採点を行ったが、記載が不完全であるもの、記載が認められないものに関してはスコアを0点として扱った。Jadad らの方法は元々痛みに対する薬物療法の有用性を検討した臨床試験の内的妥当性を検討するために作成されたものであるため、二重盲検化が極めて難しいスクリーニングに関しての臨床試験に適用することの問題点を踏まえて、今回の検討においては、Jadad らの基準をそのまま用いた場合

(Jadad scale が3点以上) と、二重盲検化に関連する2つの事項(二重盲検化の有無とその保持)を満たさないデザインでも妥当性があるとする修正基準(Jadad scale が1点以上)を用いた結果も併記した。

また結論の妥当性を保障するための必要条件である Intention-to-treat (ITT) 分析の記載の有無に関しても検討した。

3 推奨レベルの判断

文献の系統的レビューから得られた結果に基づく推奨レベルの判断は、Newell らの方法(14)を参考に以下の方法を用いた。①強く推奨できるスクリーニング介入である 少なくとも1つの内的妥当性が高い (Jadad scale が3点以上) 臨床試験を含む3つ以上の無作為化比較試験で有用性が示されており、なおかつ75%以上の論文で一貫した結果が得られている、②現時点においては仮に推奨できる程度に留まっている ①の基準は満たさないが、無作為化比較試験の75%以上で一貫した結果が得られている、③行わないことを強く推奨できるスクリーニング介入である 少なくとも1つの内的妥当性が高い (Jadad scale が3点以上) 臨床試験を含む3つ以上の無作為化比較試験でうつ病有病率増加などの有害事象が示されており、なおかつ75%以上の論文で一貫した結果が得られている、④現時点においては、行わないことか仮に推奨される ③の基準は満たさないが、無作為化比較試験の75%以上で一貫した結果が得られている、⑤保留 結果が一貫していない。

なお、内的妥当性に関しては、修正基準を適用した場合とJadad らの基準 (Jadad scale が3点以上) のみを対象とした場合、異なった推奨レベルが得られた場合は、後者から得られた結果を採用することとした。

4 研究の手順

前述の作業は第一著者が行い、選択された論文の内容をPignone ら(15)を参照し今回新たな表にまとめ、その内容に関して指導医クラスの精神科医3名が、独立して評価を行った後に相互に議論を行った。そして全員の合意が得られた事項を基にして、現時点におけるうつ病スクリーニング介入の推奨レベルを判断した。

(倫理面への配慮)

本研究は、文献を対象にした研究であるため、特別な倫理的配慮は必要ないと判断した。

C 研究結果

電子検索、ハントサーチの結果、無作為化比較試験を行った論文が17報抽出された。各研究で検討された主結果は、うつ病の発見率あるいは認知率、治療を受けたうつ病患者の割合あるいは治療を勧められた患者の割合、そしてうつ病の臨床転帰など研究間で異なっていた。スクリーニングはその介入度合いにおいても異なっていた。つまりスクリーニング結果をプライマリケア医にフィードバックするだけのもの、結果のフィードバックと一般的あるいは専門的な治療のアドバイスを加えたもの、結果のフィードバックと一般的あるいは専門的な治療のアドバイスに加え治療の質を系統的に改善させるための実践援助やフォローアップまで行うものなど様々であった。各研究の要点は表1-3(表1と2は発表順、3はJadad scaleに従い降順)にまとめた。3タイプを同一のものとして評価するにはあまりにも差があるので、それぞれのタイプの有用性、内的妥当性、推奨レベルを示した。

1 フィードバックのみ

介入の定義か、スクリーニング結果をプライマリケア医にフィードバックするだけの研究は10報(16-25)存在した。スクリーニングに使用された評価尺度に関しては、General Health Questionnaire (GHQ)か3報(16-18)、Zung Self-rating Depression Scale (SDS)か3報(19-21)、Geriatric Depression Scale (GDS)が1報(22)、Beck Depression Inventory (BDI)か1報(23)、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)か1報(24)、Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC)か1報(25)であった。

効果判定方法(主結果)は研究間で異なるので、厳密な比較は困難だが、有意な結果が示されていたのは5報(50%)(17-19, 22, 26)、有意傾向あるいは有意差なしは4報(40%)(16, 23-25)、不明か1報(10%)(20)であった。無作為化比較試験の内的妥当性の検討結果に関しては、Jadad scaleか3点の研究か1報(10%)(26)、2点か1報(10%)(24)であった。修正Jadad基準を用いた場合、3点か2報(20%)(24, 26)、1点が7報(70%)(16, 17, 19, 20, 22, 23, 25)であった。

これらの結果から、内的妥当性が高いもののみを対象とした検討からは、推奨レベルは保留と判定された。また修正基準を満たす報告を対象とした検討からも保留と判定された。

2 フィードバックと治療アドバイス

介入の定義が、スクリーニング結果のフィー

ドバックに一般的あるいは専門的な治療のアドバイスを加えるとした研究は4報(21, 27-29)存在した。スクリーニングに使用された評価尺度は、SDSか1報(21)、CES-Dか2報(27, 28)、GDSか1報(29)であった。

効果判定方法は、1と同様に研究間で異なるか、有意な結果が示されていたものは3報(75%)(21, 27, 28)であった。無作為化比較試験の内的妥当性の検討結果に関しては、Jadad scaleか3点の研究か0報、2点の研究か2報(50%)(27, 29)であった。修正Jadad基準を用いた場合、3点か2報(50%)(27, 29)、1点か2報(50%)(21, 28)であった。

これらの結果から、内的妥当性が高いもののみを対象とした検討からは、推奨レベルは保留と判定された。また修正基準を満たす報告を対象とした検討からは、強く推奨できるスクリーニング介入であると判定された。

3 フィードバックと治療アドバイスに実践援助やフォローアップを加えたもの

介入の定義か、スクリーニング結果のフィードバックと一般的あるいは専門的な治療のアドバイスに加え治療の質を系統的に改善させるための実践援助やフォローアップまで含めた研究は3報(30-32)存在した。スクリーニングに使用された評価尺度は、Structured Clinical Interview for DSM(SCID)か1報(30)、Composite International Diagnostic Interview (CIDI)中の2問を使用したものか1報(31)、2週間以内の悲しみと無感を問うたものか1報(32)であった。効果判定方法は、1と同様に研究間で異なるか、3報(100%)全てで有意な結果が示されていた。無作為化比較試験の内的妥当性の検討結果に関しては、Jadad scaleか3点の研究か0報、2点の研究か2報(67%)(30, 32)であった。修正Jadad基準を用いた場合、3点か2報(67%)(30, 32)、1点か1報(33%)(31)であった。

これらの結果から、内的妥当性が高いもののみを対象とした検討からは、推奨レベルは保留と判定された。また修正基準を満たす報告を対象とした検討からも保留と判定された。

4 スクリーニング介入研究結果のまとめ

スクリーニング結果をプライマリケア医にフィードバックすることは一般的にうつ病認知を増加させる。うつ病診断率の上昇は実際に14-46%であった(18-20, 23, 26-29)。一方、うつ病治療におけるスクリーニングとフィードバックの効果を検討した研究では、一貫した結果が得られていなかった。4つの研究では治療開始の割合か介入群と対照群で差が認められなかった(20, 23, 24, 29)。しかし、その他に治療

率の改善、抗うつ薬処方率の増加が示されていた研究も存在した。

臨床的な転帰におけるスクリーニングの効果判定は、個々の研究で様々な結果が得られており、肯定的なものや否定的なものや混在していた。10の研究では、初回スクリーニング時点と追跡時点におけるうつ病評価尺度のスコア推移を検討していた。うつ状態の有意な改善（スコアの減少）が示されていたのは、5つの研究(16, 21, 30-32)だけであった。介入群と対照群における明らかうつ病の有病率低下の記載が認められたのは、2報(30, 31)であった。広範囲の住民を診療の対象とするプライマリケア領域では、診療システムの質を改善する組織化された様々なサービスを融合・一体化し、そして継続的なマネージメントをセットにしたスクリーニング介入を行えば、実際の臨床で有用性があること(30, 31)が示された。

また脱落も逸脱も全ての患者を当初割り付けられた群に含めて分析するITT分析に関する明確な記述がされていた研究は、8報(47%)であり、結論の妥当性に関しても疑問が残る結果であった。

D 考察

今回の検討から、現時点においてうつ病スクリーニングを組み込んだプライマリケアが通常診療でうつ病事例を見出す方法よりも優れていると言えるかどうかはまた結論できる段階ではなく議論の余地が多いこと分かった。

うつ病スクリーニングの結果をプライマリケア医にフィードバックすることの効果を検討した多くの研究が、うつ病の認知と診断の割合が増加したので有用であると主張しているか(18-20, 23, 26-29)、それらの結果は必ずしも高い実証レベルで支持されるとは言えなかった。これは、プライマリケアの設定でうつ病スクリーニングをすることの必要性を否定する知見ではないか、自己記入式評価尺度を配布して、その結果を知らせるといっただけの簡易な介入では意味のあるスクリーニングにはならないことを示唆している。以上のことから、うつ病スクリーニングの結果をプライマリケア医にフィードバックする介入は現時点では支持できないと考えられた。

フィードバックと治療アトハイスを合わせた介入、フィードバックと治療アトハイスに実践援助やフォローアップを加えた介入研究は、またその数も少なく、一部(27, 30, 32)でまずまずの内的妥当性を有しかつ有用性が示されていたか、全体としての実証レベルは低く、今後の多くの研究の蓄積が必要であると考えられた。有用性が認められた研究は、その介入自体が組織化された臨床サービスを行うなど大掛かりで

あり、容易に実践できるものではないことが推測された。マンパワーのかかる研究は少ないが、今後のスクリーニング介入の一つの方向性を示していると推察された。

また、著者らと同様にうつ病のスクリーニングの有用性に関して系統的レビューを行った他の研究者らは以下のように主張している。Gilbodyらは、ルーチンに精神症状をスクリーニングして、その結果を臨床医にフィードバックしても、不安障害やうつ病を認知する割合に変化はなく、臨床的な効果もないと結論付けている(33)。そしてPignoneらは、うつ病の認知は増加するが、臨床的な効果を判断するにはパワー不足であること、そしてスクリーニングとフィードバックを行うのみではなく、ケア提供者や患者の教育、症例マネージメントや精神保健ケア内容の定期的評価、電話によるフォロー、質の保証と改善を目的にした研究施設の参加を含む統合的なプログラムが重要であると結論付けている(15)。Pignoneらの研究報告はUS Preventive Service Task Force (USPSTF)の一環として実施されたものであり、米国における現時点の姿勢を適格に示していると考えられる。

今回の検討の後、ニューヨーク市、フィラデルフィア、ピッツバーグ地域の20のプライマリケア医において1999年5月から2001年8月に実施された「プライマリケア医を受診した高齢者における自殺予防共同試験 (PROSPECT Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial) の結果がJAMA 2004年3月3日号に掲載された(34)のでその要旨を簡単に記す。

彼らは60-74歳または75歳以上の二段階年齢層化うつ病スクリーニング(CES-D使用)後、陽性の患者及び陰性の患者の無作為標本を登録した。介入はプライマリケアにおける老年期うつ病治療のための臨床アルゴリズムとうつ病ケアマネージャーによる治療管理(うつ病認知、治療選択、症状観察、維持療法などの援助)をセットにしたものであった。アルゴリズムは選択的セロトニン再取り込み阻害薬citalopramを第一選択薬として推奨し、もし患者が薬物療法を断った場合は対人関係療法を推奨されるという内容であった。うつ病ケアマネージャーは、訓練を受けたソーシャルワーカー、看護師、臨床心理士から構成され、精神科医によるスーパービジョンと対人関係療法を毎週受け介入の質を一定に保っていた。無作為比較試験の結果、4ヵ月後における希死念慮発生率は介入群(N=320)において29%から17%へ、通常治療群(N=278)で20%から17%へ低下した。そして希死念慮を認めた患者では介入群の方が症状の消失が早かった。8ヶ月後では、介入群の71%、通常治療群の44%で希死念慮が消失していた。

この研究成果は今回の検討には加えていないが、専門家レベルの医師によって管理される介入はプライマリケアでうつ病を有する高齢者の希死念慮を有意に減少させるのに実施可能でありかつ効果的であることが実証された。

今回の研究にはいくつかの問題点が存在する。まず、スクリーニング介入の有用性に関する検討に関しては、個々の研究結果を統計学的に有意なものとして有意でないものに2分割して、有意な研究の割合と絶対数で評価するという手法を選択したため、 β 過誤（実際には差があるにもかかわらず、誤って差がないと判断してしまう確率）により有効性が示されなかった可能性も否定できないと考えられた。推奨レベル判断の検討に関しては、無作為化比較試験の数が少ない、内的妥当性が低いという問題点が挙げられた。従ってこの研究結果の理解にはこのようなバイアスの存在を踏まえる必要性があると考えられた。

E 結論

プライマリケアの対象となる患者で、うつ病スクリーニングを組み込んだ診療を行うことか、通常診療に比してうつ病事例を見出し、臨床的にも有用であると言えるかどうかはまた結論できる段階ではなく、現時点では議論の余地が多いことが示された。また実証レベルは低く、少数の知見からの推測ではあるか、診療システムの質を改善する組織化された様々なサービスを融合・一体化し、そして専門家レベルの医師によって管理される継続的なマネージメントをセットにしたスクリーニング介入を行えば、実際の臨床で有用性があることが推測された。

引用文献

- 1 Takahashi Y Recent trends in suicidal behavior in Japan *Psychiatry Clin Neurosci* 1995, 49 Suppl 1 S105-9
- 2 Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark *Lancet* 2000, 355(9197) 9-12
- 3 Qin P, Agerbo E, Mortensen PB Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997 *Am J Psychiatry* 2003, 160(4) 765-72
- 4 Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmsson K Mental disorder in elderly suicides a case-control study *Am J Psychiatry* 2002, 159(3) 450-5
- 5 Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK Mental disorders and comorbidity in suicide *Am J Psychiatry* 1993, 150(6) 935-40
- 6 Tamakoshi A, Ohno Y, Yamada T, Aoki K, Hamajima N, Wada M, Kawamura T, Wakai K, Lin YS Depressive mood and suicide among middle-aged workers findings from a prospective cohort study in Nagoya, Japan *J Epidemiol* 2000, 10(3) 173-8
- 7 Murray CJ, Lopez AD Global mortality, disability, and the contribution of risk factors *Global Burden of Disease Study Lancet* 1997, 349(9063) 1436-42
- 8 Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A Depression in the community the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society) *Int Clin Psychopharmacol* 1997, 12(1) 19-29
- 9 Regier DA, Goldberg ID, Taube CA The de facto US mental health services system a public health perspective *Arch Gen Psychiatry* 1978, 35(6) 685-93
- 10 Simon GE, VonKorff M Recognition, management, and outcomes of depression in primary care *Arch Fam Med* 1995, 4(2) 99-105
- 11 Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, Jr, Gassner S, Kayes J Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides *Am J Public Health* 1959, 49(7) 888-99
- 12 Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ Assessing the quality of reports of randomized clinical trials is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996, 17(1) 1-12
- 13 古川壽亮 エビデンス精神医療-EBP の基礎から臨床まで 東京, 医学書院, 2000
- 14 Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ Systematic review of psychological therapies for cancer patients overview and recommendations for future research *J Natl Cancer Inst* 2002, 94(8) 558-84
- 15 Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN Screening for depression in adults a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force *Ann Intern Med* 2002, 136(10) 765-76
- 16 Johnstone A, Goldberg D Psychiatric screening in general practice A controlled trial *Lancet* 1976, 1(7960) 605-8
- 17 Lewis G, Sharp D, Bartholomew J, Pelosi AJ Computerized assessment of common mental disorders in primary care effect on clinical outcome *Fam Pract* 1996, 13(2) 120-6

- 18 Rand EH, Badger LW, Coggins DR Toward a resolution of contradictions Utility of feedback from the GHQ Gen Hosp Psychiatry 1988, 10(3) 189-96
- 19 Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA Recognition of depression by family medicine residents the impact of screening J Fam Pract 1978, 7(3) 509-13
- 20 Linn LS, Yager J The effect of screening, sensitization, and feedback on notation of depression J Med Educ 1980, 55(11) 942-9
- 21 Zung WW, King RE Identification and treatment of masked depression in a general medical practice J Clin Psychiatry 1983, 44(10) 365-8
- 22 Iliffe S, Mitchley S, Gould M, Haines A Evaluation of the use of brief screening instruments for dementia, depression and problem drinking among elderly people in general practice Br J Gen Pract 1994, 44(388) 503-7
- 23 Dowrick C Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners? Fam Pract 1995, 12(4) 461-5
- 24 Williams JW, Jr, Mulrow CD, Kroenke K, Dhanda R, Badgett RG, Omori D, Lee S Case-finding for depression in primary care a randomized trial Am J Med 1999, 106(1) 36-43
- 25 Reifler DR, Kessler HS, Bernhard EJ, Leon AC, Martin GJ Impact of screening for mental health concerns on health service utilization and functional status in primary care patients Arch Intern Med 1996, 156(22) 2593-9
- 26 Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care Results from a randomized clinical trial Med Care 1990, 28(3) 239-50
- 27 Callahan CM, Dittus RS, Tierney WM Primary care physicians' medical decision making for late-life depression J Gen Intern Med 1996, 11(4) 218-25
- 28 Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM Improving treatment of late life depression in primary care a randomized clinical trial J Am Geriatr Soc 1994, 42(8) 839-46
- 29 Whooley MA, Stone B, Soghikian K Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients J Gen Intern Med 2000, 15(5) 293-300
- 30 Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, Cole SM, Lin EH, Taylor LH, Kobak KA Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care Arch Fam Med 2000, 9(4) 345-51
- 31 Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care a randomized controlled trial Jama 2000, 283(2) 212-20
- 32 Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N Improving depression outcomes in community primary care practice a randomized trial of the quEST intervention Quality Enhancement by Strategic Teaming J Gen Intern Med 2001, 16(3) 143-9
- 33 Gilbody SM, House AO, Sheldon T Routine administration of Health Related Quality of Life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome--a systematic review Psychol Med 2002, 32(8) 1345-56
- 34 Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd, Katz, II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients a randomized controlled trial Jama 2004, 291(9) 1081-91
- F 健康危険情報
特記すべきことなし。
- G 研究発表
1 論文発表
松岡 豊, 中島聡美, 金吉晴 かかりつけ医におけるうつ病スクリーニング介入の State of the Art—系統的レビューによる検討—(投稿中)
- 2 学会発表
なし。
- H 知的財産権の出願 登録状況 (予定を含む。)
- 1 特許取得
なし。
- 2 実用新案登録
なし。
- 3 その他
特記すべきことなし。

表1 スクリーニング介入研究 対象と方法

著者、年	うつ評価方法	うつ病診断	グループ(Grp)と介入の定義	対象者数(介入/対照)	期間
Johnstone et al 1976	GHQ	記載なし	Grp 1 GHQ を実施し結果を伝える(介入群) Grp 2 GHQ は封筒に隠され実施しない(対照群)	スクリーニング 1093 Grp 1 60 Grp 2 59	1年
Coore et al 1978	Zung SDS	記載なし	介入群 SDS>50 の場合は SDS 結果を伝える 対照群 SDS 実施の事実のみ伝える	接触 213 SDS 記入 212	不明
Ann et al 1980	Zung SDS	記載なし	複雑な6つの群のうち3群を示す。介入群 SDS を実施しその結果を伝える(Grp 1) vs 対照群 SDS なしたが抑うつ問診あり(Grp 5) あるいは SDS 問診ともになし(Grp 6)	6群で 150	横断
Young et al 1983	Zung SDS	DSM-III-R	Grp 1 SDS の結果を伝え、55 以上の場合は診断面接で確認し、アルプラナム治療移行(介入群) vs Grp 2 SDS の結果は伝えず、通常診療を行う(対照群)	スクリーニング 499 SDS>55 66 診断面接陽性 49 Grp 1 23 Grp 2 26	4週
Brand et al 1988	GHQ	記載なし	Grp 1 GHQ 結果を伝える(介入群) vs Grp 2 GHQ 結果を伝えない(対照群)	適格 434 GHQ 実施 356 参加 260	3月
Magruder-Habib et al 1990	Zung SDS	DIS	Grp 1 SDS 結果を伝える(介入群) vs Grp 2 SDS 結果を伝えない(対照群)	スクリーニング 880 抑うつ陽性 100 Grp 1 48 Grp 2 52	1年
Callahan et al 1994	CES-D	HAM-D SIP	Grp 1 患者の抑うつを扱うこと目的に3ヶ月間に3回特別な診察を設定、臨床的判断の材料となる情報として HAM-D スコア、うつ病の原因となる有害薬物のリスト、推奨される治療、精神科紹介のタイミングを主治医に伝える(介入群) vs Grp 2 全てのフィードバックなし(対照群)	Grp 1 100 Grp 2 75	9月
Deane et al 1994	GDS	チェックリストに従い後方視的に診断	Grp 1 GDS を使用する(介入群) vs Grp 2 通常診療(対照群)	A 地域 Grp 1 82 Grp 2 95 B 地域 Grp 1 57 Grp 2 178	6月
Downrick 1995	BDI	ICD-10 に基づく半構造化面接	Grp 1 BDI の結果をヘスラインと6ヶ月時に伝える(介入群) vs Grp 2 フィードバックなし(対照群)	BDI>14 だが抑うつなしと判断された数 116 Grp 1 52 Grp 2 64	1年
Callahan et al 1996	CES-D	HAM-D SIP	Grp 1 HAM-D スコアと推奨される治療を主治医に定期的に伝える(介入群) vs Grp 2 フィードバックなし(対照群)	スクリーニング 3767 CES-D≥16 515 登録者 254 解析対象者 222	1年
Swiss et al 1996	GHQ	PROQSY(自動診断器)	GHQ≥2 のものを3群に割り付けた Grp 1 GHQ の結果を伝える vs Grp 2 PROQSY の結果を伝えない vs Grp 3 何も伝えない(対照群)	スクリーニング 1937 陽性 851 拒否 146 割付 227(各群)	6月
Effler et al 1996	SDDS-PC	SDDS 診断モジュール	Grp 1 医師にスクリーニング結果を伝え 陽性者に診断モジュール実施を要請する(介入群) Grp 2 フィードバックなし(対照群)	接触 605 適格 501 参加 358 Grp 1 186 Grp 2 172	3月
Williams et al 1999	1) 1問 2) CES-D20	DIS	Grp 1 気分についての質問一つ vs Grp 2 CES-D vs Grp 3 通常診療	Grp 1 330 Grp 2 323 Grp 3 316	3月
Atzelmick et al 2000	SCID + HAM-D (電話調査)	SCID	Grp 1 患者用教材+医師教育+抗うつ薬治療+電話による治療相談 vs Grp 2 通常診療	Grp 1 218 Grp 2 189	1年
Ellis et al 2000	CIDI 中の2問	CIDI	診療所をランダム割付 Grp 1 スクリーニング結果の伝達と計画された2週間以内の訪問、治療開始の動機付け 維持、看護師の投薬管理、認知行動療法 vs Grp 2 通常診療	診療所 46 スクリーニング総数 27 332 Grp 1 913 Grp 2 443	1年
Hooley et al 2000	GDS	ICD-9	診療所をランダム割付 Grp 1 スクリーニング結果と専門家紹介の指針を伝える、精神科看護師によるうつ対処に関する患者教育 vs Grp 2 通常診療	診療所 13 スクリーニング総数 2 346 Grp 1 162 Grp 2 169	2年
Cost et al 2001	2週間以内の悲しみ、無感	CIDI	Grp 1 医師 看護師 治療管理者がうつ病の発見と治療を改善するための講習会に参加し、看護師を中心に8週間患者を評価 vs Grp 2 通常診療	Grp 1 239 Grp 2 240	6月

GHQ General Health Questionnaire Zung SDS Zung Self-rating Depression Scale CES-D Center for Epidemiologic Studies Depression Scale HAM-D Hamilton Depression rating scale SIP Sickness Impact Profile GDS Geriatric Depression Scale BDI Beck Depression Inventory PROQSY Self-administered computerized assessment of common mental disorders SDDS-PC 16-item Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care CIDI Composite International Diagnostic Interview SCID Structured Clinical Interview for DSM

表 2 スクリーニング介入研究 結果

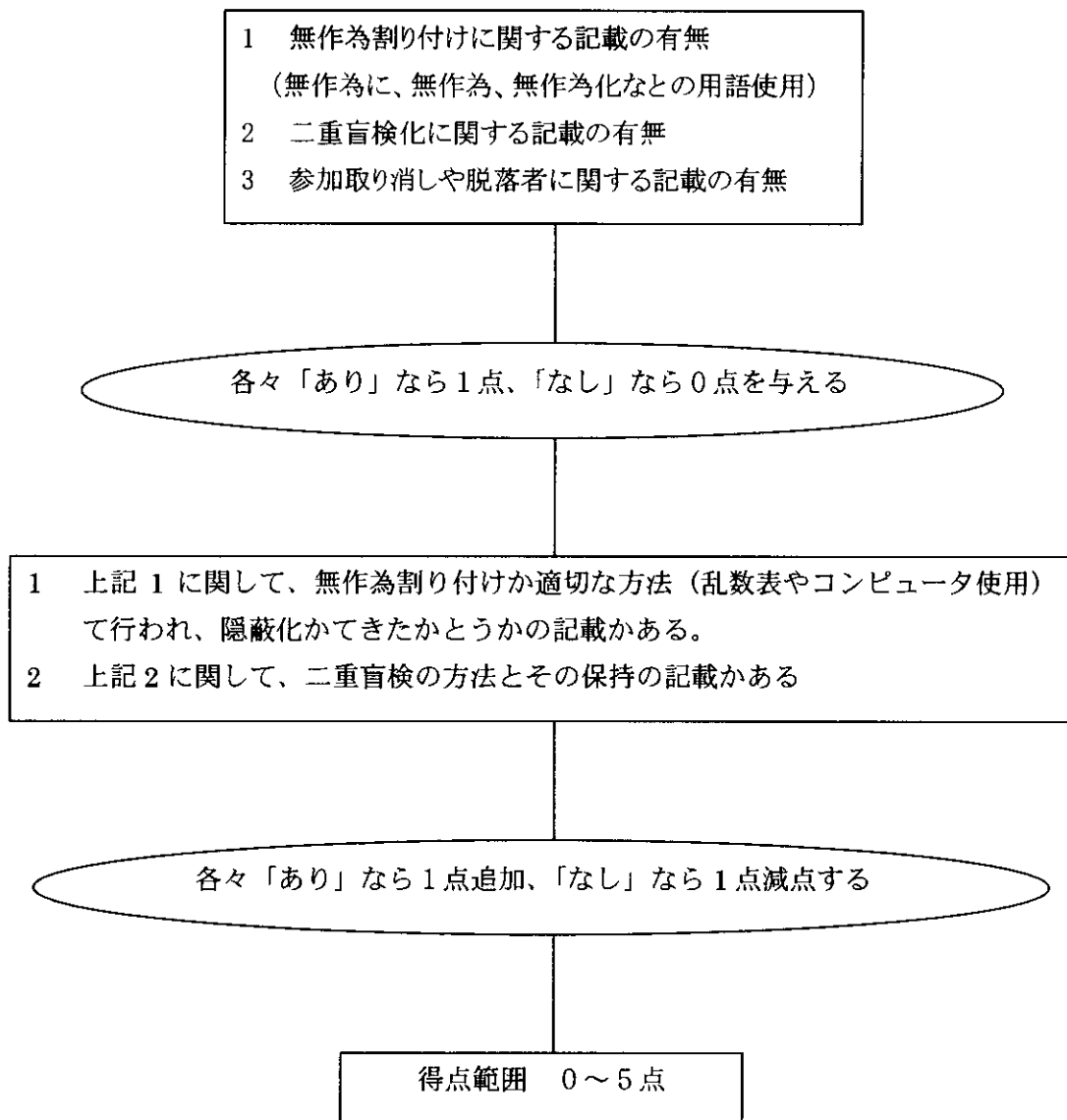
著者、年	成果の定義		主要結果	二次結果 1	二次結果 2	二次結果 3
	1) 主要結果 2) 二次結果 1	3) 二次結果 2 4) 二次結果 3				
Johnstone et al 1976	1) 12ヵ月後の GHQ スコア 2) 12ヵ月後の GHQ スコア(重症例) 3) 初回エピソードの期間 4) うつ病の積算期間		有意差なし	Grp 1 110 Grp 2 227 p<0.05	Grp 1 28ヶ月 Grp 2 53ヶ月 p<0.01	Grp 1 42ヶ月 Grp 2 63ヶ月 p<0.01
Moore et al 1978	1) SDS ≥50 の患者のうつ病診断に関する診療録記載		介入群 56% 対照群 22% p<0.05	-	-	-
Linn et al 1980	1) うつ病認知とその記録 2) 治療		介入群 29% 対照群 8% 2群での解析なし	介入群 13% 対照群 8%	-	-
Zung et al 1983	1) SDS スコアの改善 ≥12		Grp 1 66% Grp 2 35% p<0.05	-	-	-
Rand et al 1988	1) スコア変化に基づくレジデントによるうつ病診断の増加率(介入前後) 2) 精神疾患を有する患者の頻度 3) 治療を受けたうつ病患者の割合		Grp 1 75% Grp 2 31% p=0.02	Grp 1 前 7%、後 16% Grp 2 前 13% 後 12%	Grp 1 では抗うつ薬の使用が有意に増加	-
Magruder-Habib et al 1990	1) 初回抑うつ認識率 2) 1年時抑うつ認識率 3) 初回治療率 4) 1年時治療率		Grp 1 25% Grp 2 8% p<0.05	Grp 1 42% Grp 2 21% p<0.01	Grp 1 28% Grp 2 4% p=0.05	Grp 1 56% Grp 2 42% p=0.05
Callahan et al 1994	1) うつ病の新たな診療録記載 2) 抗うつ薬治療開始 3) HAM-D スコアの変化		Grp 1 32% Grp 2 12% p<0.01	Grp 1 26% Grp 2 8% p<0.01	Grp 1 -7 Grp 2 -7 NS	-
Ilife et al 1994	1) うつ病と診断された割合 2) 専門医紹介あるいは治療開始		A 地域 Grp 1 22 Grp 2 21 1 NS B 地域 Grp 1 175 Grp 2 28 p<0.01	A 地域 Grp 1 16% Grp 2 18% NS B 地域 Grp 1 9% Grp 2 4% NS	-	-
Dowrick 1995	1) うつ病と診断された割合 2) うつ病検知のオッズ比 3) うつ病治療の明確な意思		Grp 1 35% Grp 2 21% NS	2 10 (95%CI 0.84-5.28)	Grp 1 27% Grp 2 21% NS	-
Callahan et al 1996	1) うつ病あるいは抑うつ症状の診療録記載 2) うつ病の尤度比 >50% 3) 抗うつ治療の意図 4) 実際の治療開始		Grp 1 86.7% Grp 2 40.4% p<0.01	Grp 1 49.6% Grp 2 54.8% p=0.44	Grp 1 63.8% Grp 2 18.2% p<0.01	Grp 1 46.5% Grp 2 29.0% p<0.01
Lewis et al 1996	1) 6 週後の GHQ スコア 2) 3ヵ月後の GHQ スコア 3) 6ヵ月後の GHQ スコア		Grp 1 27.2 Grp 2 25.7 Grp 3 26.6 p=0.04	Grp 1 27.0 Grp 2 25.5 Grp 3 26.4 p=0.07	Grp 1 26.8 Grp 2 25.4 Grp 3 28.9 p=0.12	-
Reifler et al 1996	1) スクリーニング陽性者の総外来受診数(平均±SD) 2) SF-36 の変化 3) Zung SDS の変化 4) 満足感		Grp 1 3.7+3.9 Grp 2 5.3+6.7 p=0.06	有意差なし	有意差なし	有意差なし
Williams et al 1999	1) 感度/特異度 2) うつ病の認知 3) 治療あるいは紹介率 4) 3ヶ月後のうつ病		1) 質問一つ 感度=85% 特異度=66% 2) CES-D 感度=88% 特異度=75%	Grp 1+2 39% Grp 3 29% NS	Grp 1+2 44% Grp 3 43% NS	Grp 1+2 37% Grp 3 46% P=0.19
Katzelnick et al 2000	1) 適切な薬物療法享受率 2) 12ヵ月後うつ病寛解 3) 12ヵ月後日常生活機能 4) 受診数と入院数		Grp 1 69% Grp 2 19% p<0.01	Grp 1 45% Grp 2 28% p<0.01	Grp 1 > Grp 2	受診数 Grp 1 > Grp 2 入院数 Grp 1 > Grp 2
Wells et al 2000	1) 12ヶ月後の適切なケア 2) 12ヵ月後のうつ状態(CES-D) 3) 12ヵ月後のスクリーニング陽性 4) 被雇用継続者の割合		Grp 1 59% Grp 2 50% p<0.01	Grp 1 54% Grp 2 61% p=0.04	Grp 1 42% Grp 2 51% p<0.01	Grp 1 90% Grp 2 85% p=0.05
Whooley et al 2000	1) 家庭医によるうつ病診断 2) 抗うつ薬処方 3) 2年後のうつ病有病率 4) 2年以内の外来受診 入院数		Grp 1 35% Grp 2 34% p=0.96	Grp 1 36% Grp 2 43% p=0.30	Grp 1 42% Grp 2 50% p=0.30	Grp 1 11.8、11 Grp 2 16、10 p=0.50 p=0.80
Rost et al 2001	1) CES-D 得点の減少 2) 薬物療法開始率 3) 精神療法開始率		Grp 1 21.7 Grp 2 13.5 p=0.04	Grp 1 69.1% Grp 2 9.8% p<0.01	Grp 1 22.7% Grp 2 14.1% p=0.21	-

表3 スクリーニング介入研究 内的妥当性

著者、年	無作為化 の記載	二重盲検化 の記載	脱落者の 記載	無作為割付隠 蔽化の記載	二重盲検 の保持	ITT分析 の記載	Jadad scale	修正 Jadad scale
Magruder-Habib et al 1990	あり	あり	あり	あり	なし	あり	3	3
Callahan et al 1996	あり	なし	あり	あり	なし	あり	2	3
Williams et al 1999	あり	なし	あり	あり	なし	あり	2	3
Katzelnick et al 2000	あり	なし	あり	あり	なし	あり	2	3
Whooley et al 2000	あり	なし	あり	あり	なし	なし	2	3
Rost et al 2001	あり	なし	あり	あり	なし	あり	2	3
Johnstone and Goldberg 1976	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Moore et al 1978	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Linn and Yager 1980	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Zung and King 1983	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Rand et al 1988	なし	なし	あり	なし	なし	なし	0	0
Callahan et al 1994	あり	なし	あり	なし	なし	あり	0	1
Ilife et al 1994	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Downck 1995	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Lewis et al 1996	あり	なし	あり	なし	なし	あり	0	1
Reifler et al 1996	あり	なし	あり	なし	なし	なし	0	1
Wells et al 2000	あり	なし	あり	なし	なし	あり	0	1

ITT, intention-to-treat

図 1 Jadad scale¹²



「自殺予防のためのホームページ(Web サイト)上での情報提供に関する指針の検討」

研究協力者 橋本 康男 広島大学 大学情報サービス室

分担研究者 竹島 正 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

自殺予防のためのホームページ(Web サイト)上での情報提供に関する指針を検討するため、Web サイトの特性と可能性、自殺予防を目的とした Web サイトの現状を検討した上で、目的別 対象者別の提供情報の内容、情報提供の方法と情報提供に際しての留意点などについて検討した。

検討に当たっては、自殺予防の Web サイトは、それ自体に直接的な予防機能を期待するというよりも、自殺予防において重要とされる対面相談への導入と、自殺念慮者のサインを周囲の人々か理解し、社会としての自殺予防意識を向上させることに重点をおいた。

Web サイトの特性としては、匿名性や双方向性などが、その可能性としては、自殺念慮者への直接的な働きかけとともに周囲の人々への支援などが考えられた。自殺予防 Web サイトの現状については、日本と米国等とを比較した結果、その提供内容の幅広さと充実振りに大きな差があり、わが国での今後の取り組みの必要性が指摘された。

提供情報の内容については、自殺念慮と自殺未遂時における本人及び周囲の人々への情報、自殺既遂時の周囲の人々への情報、職場や社会での自殺予防のための情報、行政・民間団体・マスコミ等のための情報など、それぞれ提供すべき情報の構成要素を整理した。

情報提供の方法については、Web サイトの特性を生かしての自動診断型や参加者対話型、疑似体験型など多様な方法の可能性を整理した。情報提供の留意点としては、個人情報の保護、安定的運用、自己責任の原則などがあげられた。

結論としては、自殺について語ることをタブー視することなく自殺予防に対して社会的課題として取り組んでいくために、Web サイトの活用は有効と考えられる。しかしながら、わが国における Web サイト上での自殺予防活動は、米国等と比較すると質・量ともに格段に立ち遅れていると言わざるを得ない状況であり、公的機関・民間団体を問わず幅広い分野での取り組みか求められていると考えられた。

なお、当然のことながら Web サイトの充実はそれ自体が独立してなされ得るものではなく、社会での多様な自殺予防活動の一環としてその充実が図られるべきものである。

A 研究目的

インターネット¹の利用が普及する中で、自殺予防対策においても、ホームページ(Web サイト²)を活用した情報提供や働き

かけが重要であると思われる。このため、それらを効果的に進めていくための Web サイト上での情報提供に関する指針について検討する。

また、ここでは、主として国などの公的機関や団体により提供される Web サイトを念頭におくものの、自殺予防を目的として提供されることか期待される情報の内容に

¹ インターネットは、TCP/IP という共通の通信方式(プロトコル、通信手順)により相互接続された世界に広がるコンピュータ ネットワークの総称。独立的に運用されていたネットワークをつなぐネットワークという意味からインターネットと名づけられた。ホームページ(Web サイト)を実現している WWW システムはインターネット上で提供されるサービスの一つ。このほか、電子メール、電子掲示板、FTP(ファイル転送)などのサービスがある。

² Web サイトは インターネット上で提供されるある

一連の Web ページの総体を示し、ホームページはその最初のページ(トップページ)のことを意味する。ホームページが Web サイト全体のことを指して使われることも多いが 本稿では Web サイトを用語として用いる。

についても幅広く検討する。なお、Web サイトのほか、電子メールの活用なども合わせて検討する。

B 研究方法

自殺予防に関する既存の報告・提言や文献に当たるとともに、コンサルテーション担当者、Web サイト開発者などへのヒアリングや、諸外国の自殺予防のための Web サイトの調査を行い、これらを踏まえて検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、Web サイトで提供する情報の項目を中心に検討していることから、倫理面の問題はないと判断した。

C 研究結果

はじめに

検討に当たっては、まず Web サイトの特性と可能性、自殺予防 Web サイトの現状を検討した上で、自殺予防のために Web サイトがめざすための目的別・対象者別の提供情報の内容について検討した。次に、そのような情報提供・情報交換の具体的方法について検討し、最後に Web サイトにおける情報提供に際しての留意点をまとめた。

1 Web サイトの特性

(インターネットの発展)

インターネットは、当初は研究者など限られた人々による電子メールのやりとり、電子掲示板での意見交換、データファイルの交換といった形で利用されていたものが、1990年代において商用利用が可能となり一般の人々でも利用可能となったことや、ブラウザ（閲覧）ソフトの普及から、爆発的に利用が広がったものである。

それまで限られた人々による電子掲示板を中心としたそれぞれ独立したパソコン通信のネットワークが、まさにネットワークとネットワークをつなぐインターネットワークとして一つに結び付けられたことと、WWW（ワールド・ワイド・ウェブ）とブラウザソフトにより、Web サイトにおいて文字情報だけでなく静止画や動画、音声までも含めたマルチメディアの情報媒体としての利用が始まったことか大きな変容である。しかしながらそれらは1990年代半ば以

降の出来事であり、インターネットの利用はまだまだ初期段階にあることを忘れてはならない。

(一方通行の情報提供からコミュニケーションツールへ)

当初、Web サイトで多様な画面を見ることができること自体に新鮮味があったいわば壁新聞を楽しむ段階から、電子掲示板を活用した意見交換や音楽データなどのデータファイルの交換というインターネットの黎明期に行われていた利用法の一般への普及段階の時期を経て、現在は、インターネットの持つ多様な可能性を生かしてコミュニケーションを図っていく本格的な活用段階へと、ようやくさしかかったところである。

スケジュールや経験・ノウハウ、各種情報の共有・交換などナレッジマネジメントを行うグループウェアや、多人数によるコミュニケーションを実現するコミュニティサイトなど、当初の一方通行の情報提供から、双方向のコミュニケーション手段としての活用へと質的な発展が進行している。

(窓口機能の必要性)

インターネット上で提供される情報量は急速に増えており、多様な情報が入手できるようになったと同時に、本当に必要な情報を探し入手することか逆に困難になってきている。

このため、自殺予防に関する情報についても、多様な情報へアクセスするための入り口となるポータルサイト的なものの整備が求められている。

(目的、内容・機能、手段)

このように、インターネット上での Web サイトを利用した情報提供・交換は、またまた活用方法が未成熟なまま、情報量が先行して拡大している状況である。

このため、本稿では、自殺予防のための Web サイトの具体的イメージを性急に提供しようとするのではなく、その目的と対象者別に必要な情報の内容や機能をまず検討し、それを実現するために利用可能と考えられる技術可能性を網羅的に整理することにより、今後の柔軟で多様な発展のための考え方の整理を行うことを主たる目的とした。

つまり、自殺を予防するために、Web サイト（及び関連するインターネット上の機能）において、何を目的としてとんなことをす

べきか、そしてそれを実現するためにはどのようなツールがあるのかを、現時点において整理しようとしたものである。

(Webサイトの規制)

なお、既存の Web サイトの中には、自殺を賛美するような印象を与える内容のものも見受けられるが、これらの Web サイトに対する規制は技術的にも法的にも難しく、また規制をすることによる効果も不透明である。

このため、本研究では、悪影響を与えると思われる Web サイトの規制の問題については扱わないこととし、今後の研究を待つこととしたい。

2 Webサイトの可能性

ここでは全国レベルで提供すべき自殺予防に関する総合的な情報窓口としての Web サイトを想定し、その役割を果たすために必要な機能と可能性を検討する。

なお、自殺予防対策の推進のためには、一つの Web サイトで全ての機能を果たすことは不可能であり、国、地方自治体、民間団体等による多様な Web サイトの充実とそれぞれの特性を生かした相互補完が期待される。

(1) Webサイトの役割

自殺予防を目的とした Web サイトには、主として次のような役割が期待される。

① 自殺念慮者への働きかけ

自殺予防のための Web サイトに求められているのは、当然ながら、自殺を考えている人(自殺念慮者)に対して自殺をすること(企図)を思いとどまらせることである。

自殺を考えるとところまで追い詰められる原因は多様でありかつ複合的なものであり、地域特性(都市部、島嶼部、山間地域等)や世帯特性(高齢者、障害者、経済状況等)によっても異なると考えられ、きめ細かな対応が求められる。

② 周囲の人への支援

自殺の予防のためには、自殺念慮者の周囲にいる人たちが自殺のサインを的確に理解し受容して、突き放すことなく必要な介入を行うことが求められる。

このため、自殺念慮者が出すサインを読み取って、相談に乗ったり専門家によるコンサルテーションに導入するなど、適切

な対応行動を起こしていくために必要な情報提供が重要である。

③ 支援組織等への情報提供等

自殺予防活動を幅広く展開していくためには、国等の関係機関だけの力では到底十分ではなく、地方自治体等や民間団体、個人ボランティア等の役割は大きい。

自殺の中でも、身体的、経済的理由による将来の生活不安による自殺や、閉こもりがちな生活背景からくる老人性うつ病によるひとり暮らし高齢者などの自殺、介護疲れによる介護者の自殺、精神疾患を抱えるひとり暮らしの人の自殺、介護に関わる家庭内虐待による自殺、多重債務等の生活困窮からくる自殺などについては、家族や近隣者の他に、地域の社会福祉協議会(社協)などの福祉団体、家族介護者会などの当事者会、地域介護ボランティアなどの住民組織といった地域の様々な組織が、身近なところで支援をしていく必要がある。

このため、その活動を支援するための専門的な情報提供や素材提供などの支援も重要である。

このほか、自殺予防対策を組織的に進めていくための研究や情報交換の促進も求められている。

④ 自殺予防について語れる環境づくり

自殺の予防のためには、自殺について語ることをタブー視するような風潮を変えとともに、自殺を個人や家族、特定職場の問題に限定し封し込めてしまうのではなく、社会全体の問題として考えていくような環境づくりが求められている。

(2) Webサイトならではの可能性

Webサイトは、パンフレット・新聞等の紙媒体やTV・ラジオ等の放送媒体とは異なり、双方向性などの優れた特性を備えており、多様な活用可能性を有している。期待される主な可能性は次のとおりである。

① 双方向性

インターネット及びその上で提供される Web サイトの最大の特徴は、利用者から自分からも働きかけかてくる双方向性である。これか、一方的に情報を受け取るたけてある本などの印刷物や現行のTV放送などと決定的に異なる点である。この点から、インターネットは人類の社会を変化させる革命的コミュニケーション

ツールであり、蒸気機関や印刷技術の発明に匹敵するものたとも言われている。

② 匿名性

Webサイトの利用は、利用者が自分の情報を意図的に送信しない限り基本的には匿名性が保たれる。(特定のソフトにより無意識的に個人情報か送信されてしまう場合はありうるか。)これは、自殺予防のように、誰にも知られずに情報を得たい相談したいという場合には、有効な特性である。

③ 重層的な情報提供

Webサイトの特性の一つは、様々な要素を重層的に組み合わせて、次々にクリックしていくことにより自然に目的の情報へと絞り込み深めていくことができる点である。これにより、多様な情報をシンプルな操作で提供することができる。

これは、落ち込んで積極的な行動の気力を失っている自殺念慮者に対しても、ほんのわずかなきっかけから、多様な情報を提供し働きかけをしていくことのできる可能性を示している。

④ マルチメディアの活用

Webサイトでは、文字情報だけではなく、静止画、動画、音声も活用できる上、音声認識による双方向の対話型のやりとりも可能となっている。このため、CG(コンピュータ・グラフィック)や実映像などを組み合わせたバーチャルな世界を生み出すことかでき、仮想体験機会を提供することも可能である。

これにより、自殺念慮者に、一旦立ち止まり自分の置かれた状況や企図しようとしていることの意味などを理解する機会を提供できる可能性がある。

⑤ 情報蓄積と情報検索

Webサイトでは、データベースサーバを利用することにより、情報を蓄積し共有し検索を可能とすることかできる。このような機能は、自殺予防に関する情報や立ち直りの体験談、残された人の悲しみを伝えるメッセージなどを蓄積し、提供していくことの可能性を示している。

⑥ 情報交換

Webサイトならではの機能の一つは、掲示板等を利用した情報交換である。多様なテーマ別に意見交換や情報交換の機会を提供することが可能であり、自殺念慮者の

みならず、周囲の人々や支援者、各種専門職、研究者など、多様な人々による情報交換の機会を提供することが考えられる。

また、多様な関係者が参加するWebサイト上の掲示板においては、質問者か質問を書き込み、それについての情報を持つ人が答を書き込むという形での、相互支援の仕組みも考えられる。

このほか、メーリングリスト³やチャット⁴による情報交換も、情報共有や意見交換に活用可能である。

⑦ 情報発信

インターネットによれば、メルマガ⁵やニュース配信サービス⁶により、新しい情報を常時提供していくことができる。これにより、登録した関係者が常に最新情報を共有することが可能となる。

また、インターネットの最大の特性の一つは、個人が誰でも自分で情報発信できることであり、自殺未遂を経験した人が、自殺を考えている他の人々の立ち直りの支援をするために情報発信をするなど、草の根的な情報発信による自殺予防活動も期待される。

⑧ リンクによるネットワーク

インターネットかネットワークとネットワークを結ぶものとして生まれたように、Webサイトもリンク⁷をはることでより容易に他のWebサイトの情報にジャンプし参照できる。このようにして、リンクによりWebサイト相互間のネットワークか構築される。これにより、利用者のニーズに合わせて多様な主体が提供する様々な情報を相互に結び付けて提供することか可能となる。

³ 決められたメールアドレスに送信することにより、登録された全員に同一メールが配信されるサービス。発信者のパソコン上で複数の相手先を一括管理するグループメールと異なり、メールサーバ上で受信対象者が一括管理されることが特徴。

⁴ Webサイトの画面上にそれぞれが打ち込んだメッセージがリアルタイムに表示されることにより、会話スタイルでメッセージを交換できるシステム。

⁵ 登録者のメールアドレスに定期的送信される情報メール。

⁶ Webサイトの新着情報などを登録者に自動配信するサービス。

⁷ Webサイトの文章の中に、他のWebサイトのアドレス(URL)を埋め込んでおくことにより、その場所をクリックすることによって指定されたWebサイト(リンク先)を表示させることができる。

(3) Web サイトならではの必要要件

自殺予防を目的とする場合、Web サイトの構築には、一般的に次のような配慮が求められる。

① プライバシーの保護

当然のことではあるが、Web サイトにアクセスする自殺念慮者や周囲の人々のプライバシーの保護には、最大限の配慮が払われる必要がある。

② 不測の悪影響の予防

Web サイトでの掲示板などにおいては、悪意又は無意識による心理的な誘導などの悪影響が発生しないような配慮と運営が求められる。

③ 自己責任の原則

匿名性が前提となる Web サイトにおいては、双方向とは言いながらコミュニケーションの中身には限界があり、それを明示して自己責任の原則での利用を求める必要がある。

(4) Web サイトの活用例

自殺予防のための Web サイト構築に関して参考となる事例を以下にいくつか紹介する。

① 医療機関検索と地図情報表示システム

広島県救急医療情報ネットワークは、全国で初めてインターネットを利用した救急医療情報ネットワークとして、平成9年10月に運用開始されている。

県内全医療機関のデータベースを整備し、医療関係者用と一般県民用に分けて多様な情報検索などを提供している。医療関係者用には、医療機関の設備機器や対応可能疾患情報や手術・入院等の応需情報などが提供されている。一般県民用としては、診療科目、診療時間、所在地や電話番号などの基礎的な情報のほか、車椅子での通院可否や対応可能な言語などの情報も網羅されており、地域や時刻により受診可能な医療機関の検索などが可能となっている。その後のバージョンアップにより、最寄りの医療機関を地図で示す機能なども整備されている。

クリックするだけで求める条件の医療機関が簡単に検索でき、しかも地図情報などが検索できるため、受診を促進する効果も期待され、自殺予防のための相談促進への応用も期待される。なお、現在全国29道府県に同様のシステムが導入されてお

り、いずれも広島で開発されている。(参考資料1参照)

このほか、サブシステムとして中山間地域医療や周産期医療⁸情報ネットワークがあり、後者では、医療関係者相互の情報共有のほか、専門家が連携しての一般の人々からの相談への対応などにも対応している。(参考資料2参照)

② 音声等による自動応答型医療相談システム

東京都ことも医療ガイドは、平成15年10月に運用開始された音声による対話型の医療相談の Web サイトである。

病気やケガの対処の仕方や病気の基礎知識、子育てアトハイスなどが音声認識により対話方式などで可能となっている。

内容に応じて若い女性や父親、おはあさんなどのキャラクターがガイドして知りたい情報へ案内してくれるシステムとなっている。上記①の救急医療情報ネットワークの構築経験を生かして、同一の開発チームにより開発されている。(参考資料3参照)

3 自殺予防 Web サイトの現状

Web サイトは、世界に広がる自由なネットワークであり、その全容を正確に把握することは困難である。しかも、常に発展し拡大し続けている。

日本における自殺に関する Web サイトの現状に関する研究としては、「一般市民がアクセスできる自殺関連情報の実態に関する研究」(佐名手三恵、竹島 正、2001)や「Web サイトにおける自殺に関する情報提供の実態と応用に関する研究」(佐名手三恵、竹島 正、2002)などがある。ただし、これらは自殺全般に関わる Web サイトについて、その実態を明らかにしようとしたものであり、自殺予防を目的とした Web サイトの現状に特定して調査したものはあまりない。

このため、今回の研究に当たり、自殺予防を目的とした Web サイトを改めて概観してみた。

(1) 自殺予防 Web サイト

自殺予防について、代表的な検索エンジ

⁸ 妊娠後期から新生児早期までの母体、胎児、新生児を総合的に管理して母子の健康を守る医療。

ンてある Google により「Suicide, Prevention (自殺, 予防)」の両方の言葉を含むページを英語のページに限定して検索すると、844,000件もの項目が検索された。同様に、日本語のページに限定して検索すると、「自殺, 予防」では25,100件、「自殺, 防止」では46,000件であった。

この英語の Web サイトと日本語の Web サイトの大きな違いは、その件数の差というよりも、それを掲出している組織の多様性と活動、そして内容の幅広さと厚みにあると思われた。

英語ページの検索結果を見ていくと、CDC(Center for Disease Control and Prevention, 米国)や DH(Department of Health, 英国)などの政府機関や、AAS(American Association of Suicidology, 米国)といった学会のほか、AFSP(American Foundation for Suicide Prevention, 米国)、SAVE(Suicide Awareness Voices of Education, 米国)、SPRC(Suicide Prevention Resource Center, 米国)、Center for Suicide Prevention(カナダ)など様々な団体が実に充実した Web サイトを構築している。(参考資料 4, 5 参照)

(2) 米国等の自殺予防 Web サイトの内容

米国等の Web サイトの内容についてみると、対象別には大きく分けて次のようなものがある。

- 自殺を考えている本人への援助
 - ・自殺を考えている人への緊急相談(電話, 電子メールなど)
 - ・自殺を考えている人への助言(誰かに相談することの大切さ)
- 周囲の人への支援
 - ・自殺を考えているように見える友人等を助ける(介入の仕方など)
- 残された人へのケア
 - ・残された人への心のケア
- 自殺未遂をした人へのケア
 - ・自殺未遂から立ち直った人の体験談
 - 自殺未遂経験者⁹の会, 自殺未遂経験者

⁹ 自殺未遂をしたことのある人のことを、英語では 'Survivors of suicide' と表現している。直訳すると自殺からの生還者となるが日本語としては一般的な表現ではない。わが国では自殺未遂者と言われることもあるが、自殺未遂時点では確かにそうではあっても、それから立ち直ろうとしている過程においては適

- 支援者のネットワーク
 - 自殺予防支援者の養成
 - ・各種研修事業案内(自殺予防ボランティア養成など)
 - 専門家向けの情報提供
 - ・自殺に関する研究報告
 - ・マスコミ等へのガイドライン
 - 一般向けの情報提供
 - ・落ち込んだ気分について(現状認識と立ち直り方など)
 - ・自殺予防運動の活動紹介(集会や街頭行動など)
- このほかに提供されている情報としては、次のようなものがある。
- ・相談先一覧(各種相談機関など)
 - ・自殺に関する情報提供(自殺の兆候, 未遂者への正しい理解, 関連図書など)
 - ・啓発用資料の提供・販売(図書・ビデオなど)

このような民間団体の活動は、主として寄付によってまかなわれており、自殺予防活動への寄付についての要請かなされている。また、子どもの自殺予防に絞り込んだ Web サイトも存在している。

(3) 日本における自殺予防 Web サイト

日本における自殺予防(防止) Web サイトにおいても、自殺を考えている本人への援助や周囲の人々への助言、自殺に関する基礎知識などの提供はされている。また、個人により開設された自殺予防についての掲示板も存在する。

しかしながら、公的団体や民間団体により自殺予防を中心的な目的として開設された Web サイトは、東京都の心の健康の中の自殺予防コーナーや、新潟青陵大学碓井真史教授による自殺と自殺予防の心理、各地のいのちの電話によるもの、東京・大阪の国際ピフレンダーズによるものなど限られたものしかない。このほかにも個人により開設された自殺予防に関する情報へのリンク集などもあるものの、全体としては自殺予防のための Web サイトは、行政、民間団体、個人などその開設主体を問わず、質量ともに十分とは言えない状況にある。

このように、自殺予防の Web サイトについては、日本と米国等との間ではその幅の

当な表現とは思われないので、本稿では自殺未遂経験者あるいは自殺から立ち直った人などと表現した。

広さと厚みにおいて大きな差があり、日本における今後の対応の必要性が感じられる。

4 Webサイトの目的別・対象者別構成要素

自殺予防のためのWebサイトについて、主な目的別・対象者別に提供が必要な情報についてその構成要素を検討したところ、次のように整理された。なお、このほかにも、若年者、勤務者、自営業者、高齢者など自殺念慮者の属性やライフステージ、地域特性、世帯特性などに応じた検討も必要と思われる。

- 直接的な自殺予防対策（プリヘンション及びインターヘンション¹⁰）
 - ・自殺念慮者への働きかけ
 - ・周囲の人への支援
- 自殺未遂の場合の事後対応（ポストヘンション）
 - ・未遂者（ポストペンション）
 - ・周囲の人への支援
- 自殺した場合の事後対応（ポストペンション）
- 職場での自殺予防の取り組みの支援
- 社会での自殺予防広報の推進
- 行政・関係機関・民間団体・マスコミ等への支援
- 自殺予防研究支援

これらの項目毎に、それぞれ提供が求められる情報について具体的な内容を検討したところ、次のようにまとめられた。

(1) 直接的な自殺予防対策（プリベンション及びインターベンション）

- ① 自殺念慮者への働きかけ
ある自殺の名所に「今日はよせ」という看板を立てたところ自殺者が激減したという話が残っているように、自殺念慮者に対して、一旦立ち止まる機会を提供することは重要である。立ち止まり、自分の置かれた状況を客観視する機会を提供するとともに、自分の思いを聴いてもらえる具体的な相談の場へと導入することなどを目的として、次のような情報を提供する。
 - a 自殺の実態の現実化、現実直視（立ち止まり）

¹⁰ 自殺予防は、しばしば3段階の予防に分類される。プリベンション(prevention 事前の予防対策)、インターベンション(intervention 介入) ホストペンション(postvention 事後対応)である。

自殺者は死ぬために死ぬのではない、目の前の苦しさから逃れるために死ぬのたということを想起させ、一旦立ち止まって考えるきっかけを作る。また、自分の苦しさを表現し聞いてもらえる機会を提供する。

(提供情報例)

- ・自殺念慮の状況についての説明
- ・周囲の人が理解してくれるというメッセージの発信
- ・自分の苦しさを言葉として表現する機会の提供（チャット、掲示板）

b 自殺を考えている理由の自己分析（現状を見つめる）

自分が追い詰められている理由を見つめ直し、それを解決していく可能性があることを想起する機会を提供し、支援を求める気持ちを生み出す。

(提供情報例)

- ・自殺の危険因子自己チェック（質問・回答による自動判定）
- ・うつ病度自己チェック（質問・回答による自動判定）

c 選択肢の提示（支援を求める）

解決のための糸口や相談の可能性を提示し、立ち直り事例を提供することにより、相談行動へと導入する。特に、自殺に追い詰められながらも立ち直った事例を提供することにより、追い詰められているのは自分だけではなく、また、そこから立ち直ることは可能だという思いを持つことを支援する。

(提供情報例)

他の選択肢の想起誘導

- ・立ち直り事例、体験談等の提供
- ・相談（コンサルテーション）の必要性と効果の説明

d 相談先情報の提供（相談に向かう）

具体的な相談行動を起こそうとするときに必要な情報を、精神科医療と個別相談内容別に提供する。

(提供情報例)

- ・メンタルケアについての情報
- ・受診の仕方、相談の仕方
- ・受診先情報（最寄りの精神科医療機関の検索、受付時間・地区情報などの提供。広島県救急医療情報ネットワークの例）
- ・相談内容別相談先情報（家庭、健康・

医療、経済・生活、経営・資金、職場・仕事、異性、学校関係などについての連絡先等)

- ・電話等による緊急の相談先の情報
- ・電子メールやチャットによる相談サービスの提供（電子メールでの相談には実際の状況を判断できないなどの限界もあるので、あくまで具体的な相談行動に結びつけるためのコンサルテーションという形での相談が求められる。）

e 自殺の現実の認識

自殺によって引き起こされる問題の数々を具体的に想起させる。

(提供情報例)

- ・残された人（自死遺族）か置かれる状況への配慮導入
- ・自殺によって引き起こされることの疑似体験
- ・社会的影響の具体的説明（JR、アパートの家主等への損害の弁償など）

② 周囲の人への支援

自殺念慮者の周囲にいる人々（家族、親戚、隣人、友人、会社の上司・同僚など）に対して、自殺念慮への理解を深めて自殺念慮のサインを読み取り、相談へと勧誘していくなど、周囲の人々が適切なタイミングで適切な支援・介入が行えることを目的として、次のような情報を提供する。

a 自殺のサインを読み取る

自殺念慮への理解を深め、自殺の危険度の判断に必要な情報を提供する。

(提供情報例)

- ・自殺念慮の状況についての説明
- ・自殺念慮者が出すサイン、特に直前のサインの理解（周囲の関係者は無意識的に自殺念慮者のサインを楽観的に受け取ろうとする傾向があるので、客観的な話の聞き方や理解の仕方のポイントを提供する必要がある。）
- ・周囲が理解しているというメッセージの提供の仕方
- ・危険性判断、予防法
- ・自殺の危険因子チェック（質問・回答による自動判定）
- ・うつ病度チェック（質問・回答による自動判定）
- ・立ち直り事例の紹介
- ・自殺に関する知識や常識の間違いの理解（自殺を口にする人は実行しないと

いうのは間違い、ということなど。）

b 介入の仕方を理解する

自殺念慮者への介入の仕方についての情報を提供し、誤った介入をしてしまうのではないかという不安を和らげる。

(提供情報例)

- ・具体的な対応方法や留意点（素人でもできること、できないこと、してはいけないこと）
- ・自殺念慮者からの相談への対応マニュアル
- ・診察や相談を勧めるための言い方（励まさない、自分のメッセージが伝わるように、など。）
- ・支援者のための相談先、専門家についての情報

c 相談先情報の提供

具体的な相談行動を起こそうとするときに必要な情報を、精神科医療と個別相談内容別に提供する。

(提供情報例)

- ・メンタルケアについての情報
- ・受診の仕方、相談の仕方
- ・受診先精神科医療機関情報（前掲）
- ・相談内容別相談先情報（前掲）
- ・具体的な相談行動に結びつけるための電子メールによる相談サービスの提供（周囲の人か、自殺念慮者に具体的な相談行動を起こすよう助言するための支援）

(2) 自殺未遂の場合の事後対応（ポストペンション）

① 自殺未遂者（ポストペンション）

自殺未遂をした人に対して、地域社会や職場への復帰を支援し再び企図する可能性を低下させることを目的として、次のような情報を提供する。

(提供情報例)

- ・周囲が理解してくれるというメッセージの提供
- ・メンタルケアについての情報
立ち直り事例、体験談等の提供
- ・自分の気持ちを整理するための「思い」の表現の場の提供（自殺未遂をしたことが一生引きずっていく「恥」ではないと思えるための自分の気持ちの整理）
- ・相談（コンサルテーション）の必要性と効果の説明

- 受診の仕方、相談の仕方
- ・受診先精神科医療機関情報（前掲）
相談内容別相談先情報（前掲）
- ・立ち直りのための相互支援グループやワークショップなどの情報の提供
電子メールやチャットによる相談サービスの提供（前掲）

② 周囲の人への支援

自殺未遂をした人の周囲の人々に対して、自殺未遂経験者の再企図の危険性やそれを予防するために必要な配慮事項などを理解してもらうことを目的として、次のような情報を提供する。

（提供情報例）

- ・自殺に関する知識や常識の間違いの理解（自殺未遂経験者は再企図しないというのは間違い、ということなど。）
周囲が理解していることのメッセージの提供の仕方
- ・再企図の兆候、危険性判断の仕方
- ・メンタルケアについての情報
- ・立ち直り事例、体験談等の提供
- ・生活面、経済面への相談などの配慮の必要性
- ・相談（コンサルテーション）の必要性と効果の説明
- ・受診の仕方、相談の仕方
- ・受診先精神科医療機関情報（前掲）
- ・相談内容別相談先情報（前掲）
立ち直りのための相互支援グループやワークショップなどあればそれらの情報の提供
- ・具体的な相談行動に結びつけるための電子メールによる相談サービスの提供

(3) 自殺した場合の事後対応（ポストベンション）

自殺者の家族、親しい友人やその周囲の人々に対して、心のケアを提供し、PTSD¹¹や連鎖自殺の防止、立ち直りの支援を目的として、次のような情報提供を行う。

（提供情報例）

- ・対応の留意点、起こりうる反応や症状についての説明
- ・特に影響を受ける可能性のある人に対する支援の仕方

- ・立ち直り事例、体験談等の提供
- ・相談（コンサルテーション）の必要性と効果の説明
- ・受診の仕方、相談の仕方
- ・受診先精神科医療機関情報（前掲）
- ・相談内容別相談先情報（前掲）
- ・生活面、経済面への相談などの配慮の必要性
- ・具体的な相談行動に結びつけるための電子メールによる相談サービスの提供
遺された者の苦しさを言葉として表現する機会の提供（チャット、掲示板）
- ・立ち直りのための相互支援グループやワークショップなどの情報の提供
- ・事後対応マニュアル（家族、警察、病院、家主、職場、役所等）

(4) 職場での自殺予防の取り組みの支援

企業にとって自殺者を出すことはそれ自体に損失が大きいことはもとより、社内の他の従業員のモチベーションへの影響や、企業としての対外的信用の低下などの影響も大きい。このため、職場における組織的・継続的な自殺予防のための重点的な取り組みが求められている。

また、業界団体や経済団体などによる、社会的な自殺予防活動の展開も期待されている。これらのことから、職場での自殺予防対策を推進・支援することを目的として、次のような情報提供を行う。

（提供情報例）

- ・職場での心のケア・マニュアル、落ち込んだ時の周囲の対応の仕方の情報の提供、配慮事項
- ・具体的な事例情報（企業での事例、責任関係、成果事例など）
- ・職場での相談（コンサルテーション）に関する情報
- ・自殺問題についての一般的な情報提供と職場での組織的対応についての情報
職場管理者等のための研修会・講演会・セミナー等の情報
自殺念慮の状況についての説明
自殺念慮者か出すサイン、特に直前のサインの理解（前掲）
- ・周囲が理解しているというメッセージの提供の仕方
- ・危険性判断、予防法
- ・うつ病度チェック（質問 回答による自動判定）

¹¹ Post traumatic Stress Disorder の略で 強烈な体験により心に強い衝撃を受けることにより生じた精神的（心的）外傷